

Tesis
1651



UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA DE DISCIPLINAS PARAMÉDICAS

CARRERA DE MUSICOTERAPIA CICLO DE LICENCIATURA EN
MUSICOTERAPIA

Diciembre 2013



**Interacciones sonoro-musicales
en el acompañamiento terapéutico.**

Cátedra: Seminario de Investigación

Profesora: Lic. Gabriela Wagner

Alumnas:

Garate, Josela DNI: 36.259.933

Romero, Ana DNI: 36.508.754

Tutora de Tesis:

Lic. Gabriela Wagner

Tesis para obtener el título para obtener el título de licenciadas en Musicoterapia.

TESIS

**Interacciones sonoro-musicales
en el acompañamiento terapéutico.**

Cátedra: Seminario de Investigación

Profesora: Lic. Gabriela Wagner

Alumnas:

Garate, Josela DNI: 36.259.933

Romero, Ana DNI: 36.508.754

Tutora de Tesis:

Lic. Gabriela Wagner

Tesis para obtener el título para obtener el título de licenciadas en Musicoterapia

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

ÍNDICE

1. Agradecimiento y Prologo.....	8
2. Introducción.....	11
2.1 Planteamiento del problema.....	14
2.2 Preguntas de Investigación.....	15
2.3 Objetivos de Investigación.....	16
3. Marco teórico y conceptual	
3.1 Concepto de adolescencia.....	17
3.2 Definiendo la psicosis.....	20
3.3 Hebefrenia (dcmlV).....	25
3.4 Concepto del Self.....	28
3.5 Familia.....	31
3.6 Teoría de Comunicación.....	34
3.7 Lenguaje.....	37
3.8 Vínculo.....	40
3.9 Deseo.....	43
3.10 Lúdico sonoro-musical.....	45

3.11 Acompañamiento terapéutico:

3.11.1 Historia del acompañamiento terapéutico.....	49
3.11.2 Función del acompañante terapéutico.....	50
3.11.3 Modalidad del trabajo dentro y fuera del dispositivo institucional..	52
3.11.4 Reflexiones acerca del acompañamiento terapéutico y de la internación innecesaria.....	53
3.11.5 Informe de acompañamiento terapéutico.....	54

3.12 Musicoterapia:

3.12.1 Definiendo a la Musicoterapia.....	58
3.12.2 Interacción Sonoro-Musical.....	61
3.12.3 Rol del Musicoterapeuta.....	66
3.12.4 Escucha Musicoterapéutica.....	69
3.12.5 Modalidad de enlace.....	73
3.12.6 Personalidad expresiva - Producto sonoro -musical.....	75
3.12.7 Identidad Sonora (ISO).....	78
3.12.8 Creatividad.....	82
3.12.9 Transferencia y Contratransferencia sonoro-musical.....	85

4. Desarrollo de la investigación

4.1	Presentación del caso M.....	95
-----	------------------------------	----

4.2 Modalidad de trabajo

4.2.1	Objetivos del acompañamiento terapéutico.....	100
-------	---	-----

4.2.2	En función de dichos objetivos, nos planteamos dos aspectos.....	101
-------	--	-----

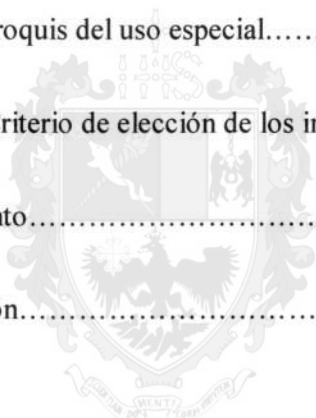
4.2.3	Encuadre.....	102
-------	---------------	-----

4.2.3.1	Croquis del uso especial.....	106
---------	-------------------------------	-----

4.2.3.2	Criterio de elección de los instrumentos.....	109
---------	---	-----

4.2.4	Seguimiento.....	101
-------	------------------	-----

4.2.5	Supervisión.....	115
-------	------------------	-----



5. Intervenciones

5.1	Cuadro en relación a los gustos musicales de M.....	121
-----	---	-----

5.2	Cuadro en relación a las técnicas utilizadas.....	128
-----	---	-----

5.3	Cuadro en relación a elementos auxiliares (arteterapia).....	137
-----	--	-----

5.4	Dibujos y testimonios de M.....	139
-----	---------------------------------	-----

6. Intersección entre el Acompañamiento Terapéutico y la Musicoterapia

6.1 Transferencia y Contratransferencia sonoro-musical.....	145
6.2 Lenguaje Verbal y no verbal.....	147
6.2.1 Traducción Analógica.....	152
6.3 Deseo.....	155
6.4 Lúdico.....	155
6.5 Intervención.....	156
7. Conclusión.....	158
8. Anexos	
8. 1 Crónicas.....	160
8. 2 Informes.....	193
8. 3 Cartas.....	212
8. 4 Letras de canciones.....	214
9. Bibliografía.....	220



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

1. AGRADECIMIENTO:

Este trabajo de investigación no hubiese sido posible sin la ayuda, predisposición, y orientación de la Lic. Gabriela Wagner, Directora de la Carrera de Licenciatura en Musicoterapia y Licenciaturas de la Salud de la Universidad del Salvador, Facultad de Medicina. Agradecemos su transmisión de conocimiento y paciencia a lo largo de todo este proceso.

Queremos también mencionar a la institución ANUDAR, Asociación Civil de Acompañamiento Terapéutico especializado en Salud Mental, quien brindó la posibilidad de llevar a cabo el acompañamiento y autorizó la presentación del caso en nuestro trabajo final de tesis; para obtener el título de Licenciada en Musicoterapia. Además agradecemos a nuestra coordinadora del caso, Lic. Rosana Viz.

Damos gracias a nuestros familiares y amigos que nos apoyaron en todo este camino, dándonos fuerza y contención para seguir adelante.

Finalmente a la Profesora de Música y escritora Cristina Ferrero otorgamos nuestra gratitud por haber realizado el prologo enriqueciendo esta investigación.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

PROLOGO:

A **Josela Garate** y **Ana Paola Romero**...Musicoterapeutas en espera

“Para volar tan rápido como el pensamiento

a cualquier sitio que existe (dijo) debes empezar por saber que ya has llegado”

Richard Bach

En mi humilde oficio de escribir, la palabra ha sido mi sonido.

Y en mis más de treinta años como profesional de la música, el protagonismo del espacio sonoro en su conjunto fue un nexo comunicacional estimulante.

Entender que a través de las vibraciones, se aborda un lenguaje sin palabras, es revalorizar el sentido de esta ciencia, tan joven como milenaria:

LA MUSICOTERAPIA.

Ese lenguaje energético, acercado a la medicina, en su uso dosificado, ejerce un efecto multiplicador, activando como catalizador entre el mundo no verbal y el de las comunicaciones.

La palabra MUSICA (Muys, del griego), significa “buscar sentido”.

Y entiendo que es aquí donde se reafirma el rol del MUSICOTERAPEUTA:

En la búsqueda; en el compromiso y respeto hacia el otro; en el accionar criterioso. En el cuidado de la salud como un bien social.

En definitiva, en la utilización de los lenguajes sonoros como “ idioma de búsqueda”.

En la presente tesis, que será evaluada por la competencia profesional que las formó, Ana Paola y Josela, incluyen fundamentación, hipótesis y estrategias de rescate.

Habiendo investigado sobre: Construcciones de vínculos, Acompañamiento Terapéutico. Técnicas musicales. Elementos auxiliares. Construcción subjetiva del mundo interno, entre otros...

Desde la lectura consciente de autores como Rolando Benenzon, Jung, Carlos Butera, Patricia Pellizari, Gabriela Wagner, Pichón Riviere...

Imagino a estas jóvenes terapeutas ,como expresara Renée Trossero: “Con un corazón servicial, vacío de prepotencia; paciente. Rico en amor; promotor de crecimiento”

Con deseos de acompañar en los procesos de aprendizajes sanadores, valorando posibilidades y aceptando limitaciones.

Y para que puedan trascender en acciones significativas, les recuerdo que la creatividad no es sólo privativa de las artes.

“Un potencial creador, es agente de cambio.

Consigue resolver su soledad. Y en lugar de paralizarse, trasciende”

Pichón Riviere

Los conocimientos adquiridos en esta Carrera; la valoración de una permanente información. El amor y entusiasmo por sus pacientes. El uso de la materia prima del sonido como caudal indagatorio, sumado a una creatividad única y personal, brindarán confianza y seguridad en el accionar, interviniendo eficazmente con actitud crítica y responsable.

Estimulo a estas futuras terapeutas a cumplir su rol solidario, rodeadas del poder benefactor de la música.-

*“La verdad, es que queda mucho, muchísimo por hacer,
con la herramienta de siempre, que es el hombre”*

Mario Benedetti



La escritora Tina Ferré es la docente Cristina Ferrero

Profesora de música en todos los niveles educativos.

Formadora de formadores.

Autora de libros editados (sobre educación,

aforismos, poemas, cuentos breves).

Expositora en la Feria Internacional del libro.

Simplemente, alguien que hizo de la música y la palabra, su pasión.

2. INTRODUCCIÓN

"La música puede dar nombre a lo innombrable y comunicar lo desconocido". Leonard Bernstein

Mientras cursábamos la carrera Lic. en Musicoterapia, paralelamente decidimos realizar el curso de Acompañamiento Terapéutico en la Asociación ANUDAR, el cual nos brindó la oportunidad de seguir un caso en el Hospital General de Niños, donde conocimos y acompañamos a M, una adolescente de 13 años con diagnóstico de hebefrenia.

Durante varios encuentros no encontramos la manera de establecer un canal de comunicación. La paciente no se mostraba interesada en entablar una relación con las acompañantes terapéuticas. Debido a la dificultad, para poder comunicarnos verbalmente, y gracias a sus manifestaciones musicales, encontramos en la música, aquella herramienta que nos dio la oportunidad de construir un vínculo terapéutico. A partir de éste, intentamos sostener el despliegue de su interioridad, reconociendo que todo sujeto, desde lo sonoro-musical, puede expresar su autenticidad.

Tomaremos a la música como un objeto trascendente, particularmente movilizante, cargado de significaciones para la mayoría de los seres humanos; de bienestar y de placer, su presencia nunca pasa inadvertida por el nivel de movilización interna y el deseo de apropiación que provoca. Hablar de la música significa hablar de sus múltiples funciones en relación con el ser humano, de las características del vínculo que se establece con ella, de la profunda necesidad de apertura que se requiere para experimentar el goce musical, así como de las dificultades para acceder al mismo.

Cada persona tiene su música, es decir su identidad sonoro-musical y para algunos individuos la música es algo tan esencial y profundo que se confunde con su yo.

La musicalidad es una potencialidad del ser humano que todo individuo puede desarrollar a partir de una estimulación adecuada dentro de un encuadre afectivo. Los efectos neuro-bio-fisiológicos de la experiencia musical son bien conocidos, directamente observables e, incluso susceptibles de medición; sin embargo desde la concepción teórica desde la cual sostenemos nuestra labor profesional como Musicoterapeuta nos interesa comprender las diferentes formas en que las personas se relacionan con la música.

Logramos observar algunos cambios de actitud, tales como, mayor predisposición a las actividades, aumento de tolerancia a la frustración desplegando su mundo interno, a través de su expresiones sonoro-musicales.

El contexto del Acompañamiento terapéutico, fue solicitado, en primera instancia, por el área de Salud mental de un Hospital General de Niños de Capital Federal. A partir de ese momento, se pusieron en contacto con la Dirección General de Niñez y Adolescencia; ellos lo derivaron a la Asociación Civil ANUDAR acompañamiento terapéutico.

ANUDAR es una asociación civil de Acompañamiento Terapéutico especializada en psicopatología que tiene dos objetivos fundamentales; en el caso de asistencia, evitarles a los pacientes la internación innecesaria; y en lo relativo a los participantes de los cursos, transmitir nuestra experiencia hospitalaria.

Dicha institución cuenta en la Dirección General: Lic. Lucila Donnarumma- Lic. Carlos M. Chiappara- Dirección Médica: Dra. Liria García, Coordinación Médica: Dr Alexis F. Engel y Coordinación Área de Asistencia: Lic. María Belén Chiappara.

M se encontraba internada en la unidad 5 de pediatría, su habitación era individual, contaba con un baño privado, y un sillón cama.

El seguimiento del caso contaba con siete acompañantes, que se distribuían en un primer momento todos los días de 8:00 a 20:00 y luego se extendió a pedido del área de salud mental del hospital 24 hs.

El horario en el que concurríamos fueron los días martes, jueves y domingo de 8:00 a 14:00 hs (Garate Josela) y los días miércoles de 8:00 a 14:00 (Romero Ana).

Al iniciar el acompañamiento, no encontrábamos la manera de establecer un canal de comunicación con la paciente. Debido a esta dificultad, nos abrimos a la posibilidad de entablar una interacción sonoro - musical, como opción del acompañamiento, ya que M se mostraba motivada participando en actividades musicales, en función de su historia (HVSM).

Debemos aclarar que durante todo el tratamiento, no se llevo a cabo dentro de un encuadre musicoterapéutico, es decir, no se realizó un contrato terapéutico a partir de la demanda de la paciente, sino más bien, fue considerado como una instancia de comunicación musical, donde la adolescente pudo expresarse de manera espontánea y creativa. De esta manera encontramos una forma alternativa para abordar objetivos terapéuticos desplegando el propio deseo.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

2.1 Planteamiento del problema:

Como estudiantes de Musicoterapia en situación de tesis, decidimos paralelamente formarnos como Acompañantes terapéuticos. Durante el desempeño en el mismo, se nos presentaron preguntas acerca de las posibilidades y efectos de la inclusión de interacciones sonoro-musicales musicoterapéuticas como herramienta lúdica en el Acompañamiento Terapéutico.

Nuestra inquietud tiene dos aristas fundamentales:

En primer lugar el posicionamiento ético y la necesidad de repensar el encuadre de acompañamiento terapéutico. En segundo lugar el valor de la actividad sonoro-musical en ese contexto, como alternativa de comunicación predominantemente no verbal, en el AT de una adolescente de 13 años, con diagnóstico de hebefrenia.

La inclusión de estos recursos fue de forma espontánea con el objetivo de ampliar nuestra posibilidades de comunicación. Durante los encuentros hemos notado un interés por parte de la paciente en expresarse a través de la música y es por eso que realizaremos este estudio de caso retrospectivo buscando describir las interacciones, sus efectos; la relación entre los objetivos planteados y la actividad propuesta.

Para ello analizaremos 23 encuentros del Acompañante terapéutico, en los cuales se incluyeron actividades sonoro-musicales utilizados como herramienta lúdica en principio y como opción de interacción significativa después.

2.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

- ¿Cómo son las interacciones sonoro-musicales entre la paciente y la acompañante terapéutico?
- ¿De qué manera se incluyó las herramientas sonoro-musicales en un Acompañamiento Terapéutico?
- ¿Cuáles son los efectos de la música en el modo de enlace entre la paciente y la Acompañante Terapéutico?



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

2.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

- “ Detectar, describir y analizar las interacciones sonoro-musicales entre la paciente y la acompañante terapéutico en el proceso mencionado”
- “Indagar y repensar acerca de la inclusión de herramientas sonoro-musicales en un Acompañamiento Terapéutico”
- “ Describir y analizar los efectos de la música en el modo de enlace entre la paciente y la acompañante terapéutico”



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Concepto de Adolescencia

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20.

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud -entre los 10 y los 24 años-. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años.

Algunos psicólogos consideran que la adolescencia abarca hasta los 21 años³ e incluso algunos autores han extendido en estudios recientes la adolescencia a los 25 años.

La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica e identidad sexual) así como la de autonomía individual.

En el aspecto emocional, la llegada de la adolescencia significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor. El adolescente puede hacer uso de su autonomía y comenzar a elegir a sus amigos y a las personas significativas de su vida.

Pero al llegar a la adolescencia, puede hacer uso de cierta capacidad de elección para poner en marcha uno de los mecanismos más significativos de esta etapa. Esto además implica la capacidad para discriminar sus afectos: querer de diferente manera a cada persona que le rodea y personalizar sus afectos. Esto debido a la llegada del pensamiento abstracto que le permite desarrollar su capacidad para relativizar.

La discriminación de afectos, a través del establecimiento de diferencias en el tipo y la profundidad de sentimientos, le permite la personalización de sus afectos.

El adolescente está en un camino medio entre la edad adulta y la infancia, en lo que hace referencia a la vivencia de sus emociones, estando presente una mezcla singular de sus comportamientos. Todavía tiene una forma de manifestar sus deseos mediante una emotividad exacerbada o con la espontaneidad propia de la infancia, pero ya empieza a actuar de una manera sutil en las interacciones, o con una cierta represión relativa de sus emociones, tal como hace el adulto.

Etapas:

La OMS define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años. Sin embargo, la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere apto.

Crecimiento y desarrollo:

Desde el punto de vista práctico, los cambios habituales del crecimiento tienen tres grandes características:

Se realizan en forma secuencial, es decir, unas características aparecen antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación (o regla o periodo), el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene, etc.

El tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades y los sexos.

Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo.

Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como su origen étnico, su constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endocrino y ambiente sociocultural. Basado en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista

clínico que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente.

Entre los principales cambios que experimenta una persona en su adolescencia, aparecen el desarrollo del pensamiento abstracto y formal, el establecimiento de la identidad sexual y la solidificación de amistades,

De acuerdo a la psicología, los adolescentes luchan por la identificación del Yo y por la estructuración de su existencia basada en esa identidad. Se trata de un proceso de autoafirmación, que suele aparecer rodeado de conflictos y resistencias, en los cuales el sujeto busca alcanzar la independencia



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

3.2 DEFINIENDO LA PSICOSIS:

Feuchtersleben introdujo el término psicosis en 1845 con el fin de separar los trastornos neuropsiquiátricos (neurosis) de los trastornos psiquiátricos (psicosis); sin embargo, este término aún carece de definición exacta, pues los distintos autores e investigadores, provenientes de líneas de pensamiento muy diferentes enfatizan distintos aspectos. Por esta situación los límites son muy amplios y los criterios de diagnóstico muy cambiantes. (Ban, y Ucha Udabe, 1995)

“Para Jaspers (1913) la psicosis es el resultado del proceso de una enfermedad que se apodera del individuo en cuanto totalidad, sin importar si es un trastorno hereditario que comienza en determinado momento de la vida o un trastorno no hereditario que comienza a serlo por una lesión exógena. Para aspirar al rango de psicosis, el proceso patológico debía tener fuerza suficiente para anular el desarrollo normal y la conducta manifestada ser tan diferente como para no confundirse con una reacción exagerada ante la experiencia cotidiana”. (Ban y Ucha Udabe, 1995)

Por su parte, Kaplan, Sadock y Grebb (1994) destacan tres parámetros que resultan, a juicio de los autores, importantes para delimitar las psicosis y que son: la incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, la evaluación de la realidad deteriorada y la creación de una nueva realidad.

Desde el punto de vista psicoanalítico se la define como un trastorno primario de la relación libidinal con la realidad, por retracción de las cargas de objeto o incremento de la libido narcisista, con tentativas posteriores de reconexión objetal.

La estructura psicótica es una de las vicisitudes posibles en el armado del aparato psíquico de un sujeto, la que surgiría como corolario de una historia de sucesivos fracasos en los distintos momentos constitutivos del psiquismo humano y cuya cima estaría representada por el Edipo. Es una perturbación global de la personalidad con una desorganización total de las funciones del Yo, a la cual sigue en ocasiones, una reorganización narcisística, expresada en la construcción de un mundo propio, desde el cual el sujeto se ubica y vive en adelante.

El anhelo de la psicosis sería el de reproducir un estado similar a la simbiosis primaria, en donde no existe ni la necesidad de reconocer ni de desprenderse del objeto.

Bleger distingue dentro del concepto de psicosis: 1) la disgregación psicótica, 2) la restitución psicótica, 3) la parte psicótica de la personalidad y 4) la personalidad psicótica.

La descripción clínica corresponde al período inicial de la esquizofrenia en el cual se produce un derrumbe regresivo del Yo (vivencia de fin de mundo).

Nos parece importante destacar las teorías de la disgregación psicótica:

- a) Teoría de la regresión sustentada por Freud y Abraham: se postula una regresión a la etapa oral primaria caracterizada como preambivalente, narcisista y objetual.
- b) Teoría de la desintegración: la teoría de la esquizofrenia basada en la génesis del Yo como proveniente de distintos núcleos que en su comienzo funcionan autónomamente y que luego se organizan, explica a esta patología como una regresión pero al mismo tiempo con una desintegración o pérdida de la integración o síntesis del Yo.
- c) Teoría de la disociación, trata de una regresión específica: una regresión a la posición esquizo paranoide con su disociación específica o sea una separación de fragmentos yoicos asociada a una separación de objetos (malos y buenos).
- d) Teoría de la fragmentación (splitting patológico): sostiene que si bien hay una regresión, ésta no se produce a la posición esquizoparanoide sino a una posición esquizoparanoide anormal, patológica, en la cual no se produce una disociación entre el objeto bueno y malo sino “caprichosa”. Klein, Bion y Rosenfeld dan importancia en este proceso a la confusión.
- e) Teoría de la indiferenciación: postula que la regresión se produce a una organización primitiva con falta de discriminación (o indiferenciación primitiva).

(Bleger, 1971)

La regresión en el pensamiento y en el lenguaje está marcada por este retorno al estadio en que la representación y el objeto real aún no se diferencian entre sí.

“Puede postularse que la tendencia regresiva de un caso psicótico es parte de la comunicación del individuo enfermo, comunicación que el analista puede comprender del mismo modo que entiende como comunicación el síntoma histérico. La regresión representa la esperanza del individuo psicótico de que puedan revivirse ciertos aspectos del ambiente que originalmente fallaron, pero revivirlos de un modo tal que en lugar de fallar en su función de desarrollar y madurar la tendencia heredada, esa vez tenga éxito”. (Winnicott, 1959).

El volcarse hacia “dentro” constituye la característica más llamativa y frecuente del comienzo aparente de la enfermedad. Psicoanalíticamente, de acuerdo a la teoría de la libido, significa el retorno de las cargas de objeto, que son las que permiten el mantenimiento de la conexión con la realidad hacia el sujeto.

Este retorno hacia sí es muy profundo; debido al mismo se produce el abandono de las cargas de objetos, tanto de los externos como de sus representaciones y se producirá la recarga libidinal de las matrices originarias del Yo. La característica de la regresión psicótica es que se produce a niveles profundos del psiquismo, a etapas primarias del desarrollo libidinal, lo que supone también a las formas primarias de organización de la experiencia y de articulación de los sistemas introyectivo – proyectivo cuyo precipitado constituyen las identificaciones.

Para Bleger (1971) la esquizofrenia es una regresión a una posición esquizoparanoide patológica pero no patológica por la confusión sino por la fusión o no discriminación, no diferenciación, a la que llama sincretismo.

El proceso de restitución psicótica designa la recuperación, reconstrucción u organización que se establece a partir de la disgregación psicótica.

Para Freud consiste en la restauración de la carga libidinal a la representación mental de los objetos cuya carga fue previamente retirada.